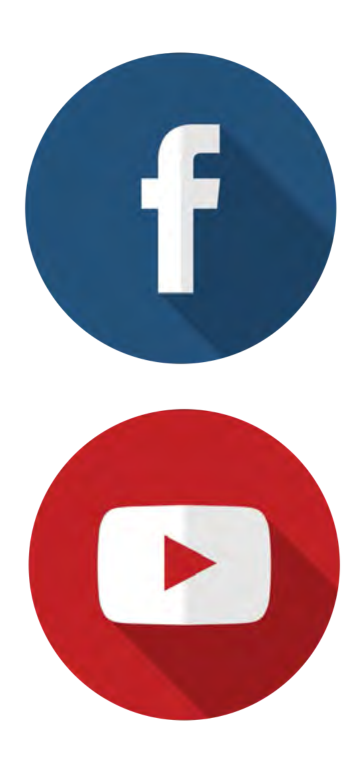
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







Bronchiolite aiguë

Dr. ATEK

DEFINITION CONSENSUELLE

- Un 1[e] épisode, survenant en période épidémique (VRS);
- Chez un NRS de >1mois et de < 2ans;
- Au décours immédiat d'une rhinopharyngite peu ou pas fébrile (48-72h);

(conférence de consensus : prise en charge de la bronchiolite du NRS du 21 Sept 2000- cité des Sciences et de l'Industrie de la Villette-Paris-France)

Plusieurs recommandations internationales:

- Limite d'âge retenue : 12 mois.
- Nourrissons >12 mois : tableau plus proche de l'asthme du nourrisson.

(Prise en charge de la bronchiolite aigue chez l'enfant de 0 à12 mois. Recommandations 2010 Sainte Justine Québec)

(Clinical Practice Guideline, American Academy of pediatrics, October 27, 2014)

Associant :

- Toux,
- Dyspnée obstructive avec polypnée,
- Tirage,
- Sur-distension thoracique (clinique et/ou radiologique),
- Wheezing et/ou râles sibilants et/ou des râles sous-crépitants à prédominance expiratoire.



:

60 à 90% des cas

Famille Paramyxoviridae

Sous-famille Pneumovirinae

Genre Pneumovirus

à ARN monocaténaire

Taille : de 150 à 400 nm



Mode de transmission:

Le VRS est éliminé dans les sécrétions issues de l'arbre respiratoire des sujets infectés.

L'excrétion virale commence 3 à 6j après le contage

dure 7 à 8j parfois plusieurs semaines

DIAGNOSTIC POSITIF:

Le diagnostic positif: est clinique.

Anamnèse:

Âge moins de 24 mois

Notion de contage viral

Période d'épidémie; automne-hiver

Prodromes à type d'infection des voies aériennes hautes 48 h à 72h auparavant

Examen clinique:

Dyspnée à prédominance expiratoire
Polypnée
Wheezing
Signes de lutte respiratoire
Cyanose inconstante
Distension thoracique
Anomalies auscultatoires: râles crépitants ou sibilants diffus

Radiographie du thorax:

La radiographie thoracique n'apporte pas des éléments pour le diagnostic positif

Indication:

Doute diagnostique

Formes sévères

Symptômes inhabituels évocateurs d'une complication

Pathologie sous jacente

Signes radiologiques:

- Hyperclarté diffuse avec distension
- Syndrome alvéolaire: des opacités floconneuses mal systématisées
- Syndrome bronchique.
- Signes d'une complication:
  - Atélectasie
  - Pneumothorax



Hyperclarté diffuse + distension thoracique

(NRS de 4 mois)



syndrome alvéolaire
NRS de 7 mois

Test virologique d' identification de VRS:

Le recherche du VRS dans les secrétions nasopharyngées n'est pas utile pour le diagnostic positif.

Bilan infectieux biologique:

Inutile en cas de bronchiolite aigue typique

Diagnostic différentiel:

- **Asthme du nourrisson:**

Tenir en compte :

-La clinique

-La période épidémique

-Âge.

-Antécédents personnels ou familiaux de premier degré d'atopie

- **Pneumopathie d'inhalation:**
  -Reflux gastro-oesophagien

- **Corps étranger trachéo-bronchique**:
  -Syndrome de pénétration
  -Bronchoscopie au moindre doute

- **Mucoviscidose**:
  -Retard staturo-pondéral
  -Diarrhée chronique
  -Le test à la sueur pose le diagnostic

- **Cardiopathies congénitales**
- **Malformations vasculaires**

Score de bierman et pierson

Score	FR	Wheezing	Cyanose	Tirage
0	< 30	0	0	0
1	30-45	Fin-Exp	Peribucal au cri	Faible
2	46-60	Insp/Expi	Peribucal repos	Important
3	> 60	Audible à distance	généralisée	Intense

- *Détresse légère : score 1 - 6*
- *Détresse modérée : score 7 - 9*
- *Détresse sévère : score 10 -12*

PRISE EN CHARGE





Le traitement de la Bronchiolite Aigue est symptomatique

TRAITEMENT NON MEDICAMENTEUX

- Hydratation, nutrition
- Couchage
- Désobstruction nasale
- Environnement



1/ HYDRATATION

- Compenser les pertes dues à la fièvre et à la polypnée
- augmenter la fluidité des sécrétions bronchiques



Voies d'administration:

- **Orale:** Tant que
  - Pas de signes d'épuisem
  - $SaO_2 \geq 92\%$
  - Se fait par sonde nasogastrique en cas de formes modérées avec intolérance alimentaire
  - maintenir l'allaitement ma

- **Parentérale:**

  Dans les formes sévères



Quantité:

Les apports hydriques recommandés correspondent aux besoins de base du nourrisson, en prenant en compte: la fièvre et la polypnée qui augmentent les pertes insensibles

- **NRS < 6 mois :100 à 110 cc/**
- **NRS ≥ 6 mois : 80 cc/Kg/j**

Arch Pédiatr 2001 ; 8 Suppl. 1 : 11-23

2/ NUTRITION



Par quelle voie ?

Pas de consensus → bon sens clinique

* Détresse légère → voie orale

* Détresse modérée → gavage gastrique (continu ,discontinu)

* Détresse sévère → voie parentérale

Arch Pédiatr 2014;21:53-62

3/ COUCHAGE

La position idéale est le décubitus

dorsal proclive à 30°, tête en

légère extension par un billot sous les épaules.

La literie et les moyens de maintien de l'enfant en proclive doivent être adaptés.

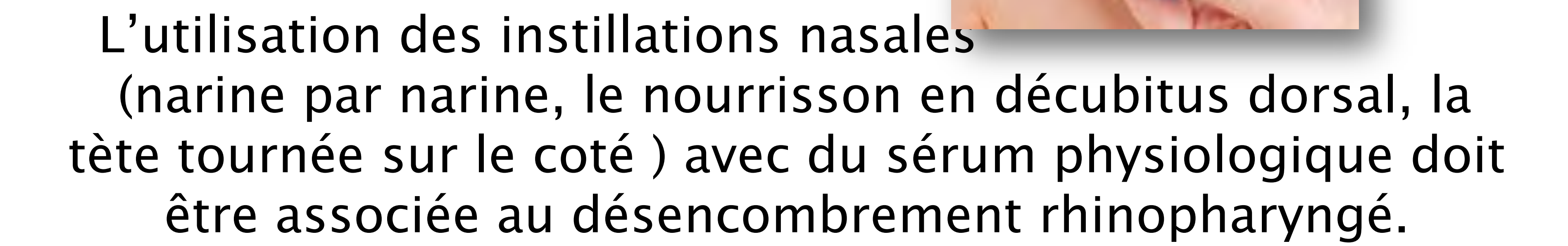
4/ DÉSOBSTRUCTION

Respiration nasale

↓

maintenir la liberté des voies aériennes supérieures

↓



L'utilisation des instillations nasales (narine par narine, le nourrisson en décubitus dorsal, la tète tournée sur le coté) avec du sérum physiologique doit être associée au désencombrement rhinopharyngé.

Cette technique doit être apprise aux parents.

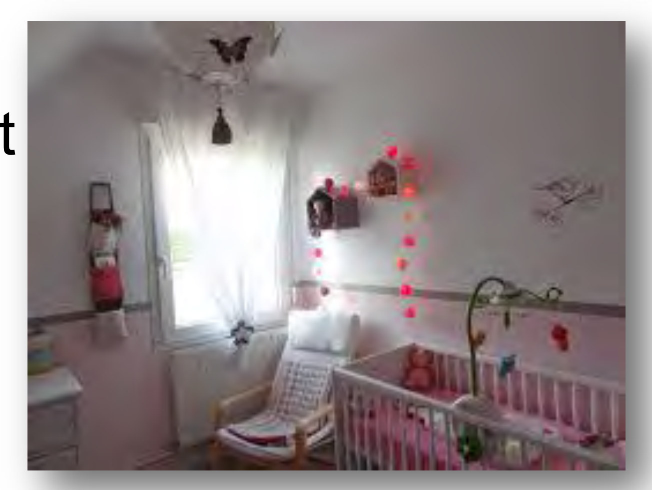
Arch Pédiatr 2014;21:53-62

5/ ENVIRONNEMENT

Il est démontré que l'inhalation passive de tabac est un facteur aggravant pouvant conduire à l'hospitalisation



Il faut veiller à une aération correcte de la chambre de l'enfant et maintenir une température n'excédant pas 19 °C





TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

- Traitements nébulisés
- Corticoïdes
- Oxygénothérapie
- Antipyrétique
- Antibiotiques
- Antiviraux
- Antitussifs et mucolytiques



Traitements nébulisés

Nébulisations de beta-2-mimétiques :

CAN ACADEMY OF PEDIATRICS 2014

Les β2 mimétiques (Salbutamol) ne sont pas indiqués dans le traitement des bronchiolites aigues (qualité d'évidence : B ; Force de recommandation : Recommandation forte).

Pediatrics 2014;134;e1474

Traitements nébulisés.

2/ADRENALINE :

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS 2014

L'adrenaline n'est pas indiqués dans le traitement des bronchiolites aigues

(qualité d'évidence : B ; Force de recommandation : Recommandation forte).


PEDIATRICS

Pediatrics 2014;134;e1474;

3/Nebulisations de sérum salé hypertonique(SSH)

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS 2014

- La nébulisation du SSH n'est pas indiquée dans le traitement de la bronchiolite aigue

- Qualité d'évidence : B
- Force de recommandation : Recommandation modérée



Pediatrics 2014;134;e1474

CORTICOÏDES

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS 2014

- corticostéroïdes systémiques ne sont pas indiqués dans le traitement de la bronchiolite aigue .

Qualité d'évidence : A
Force de recommandation : Recommandation



Criteres d'instauration de l'oxygènothérapie :



- $SpO_2 < 92$ % ;
- $SpO_2 < 95$ % avec signes de gravi
  cyanose, polypnée, geignement,
  signes de lutte respiratoire, difficu
  alimentaires.
- Valeurs cibles :après une évaluation précise des besoins en oxygène, viser le débit minimal d'oxygène pour obtenir les valeurs cibles :
  - $SpO_2 > 94$ % a` l'éveil,
  - $SpO_2 > 91$ % dans le sommeil

Arch Pediatr 2012;19:528-36

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS 2

- ✓ Les cliniciens peuvent choisir de ne pas administrer l'oxygène si la saturation d'oxyhemoglobine dépasse 90%.

- Qualité d'évidence : D
- Force de recommandation : Recommandation faible



Pediatrics 2014;134;e1474

ANTIBIOTIQUES

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS 2014

- Les Antibiotiques ne sont pas indiqués dans le traitement de la bronchiolite sauf en cas d’infection bactérienne concomitante, ou forte suspiçion de surinfection.

- Qualité d’évidence : B
- Force de recommandation :
- Recommandation forte



PEDIATRICS

Pediatrics 2014;134;e1474

ANTIVIRAL

Non recommandé par:

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS 2014

- Consensus médical au sein des hôpitaux universitaires du Grand Ouest (France) HUGO 2013

MUCOLYTIQUES, ANTITUSSIFS

Aucune étude thérapeutique n'a été répertoriée concernant l'utilisation des antitussifs ou des mucolytiques au cours de la bronchiolite aiguë du nourrisson.

Antitussifs:

réservés aux traitement de la toux irritativ
non productive, ils n'ont pas donc d'indica
au cours de la bronchiolite.

Mucolytiques:

Dont le but est de fluidifier les secrétions bronchiques ne semble pas avoir d'indication lors de la bronchiolite aiguë.

KINÉSITHÉRAPIE

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS 2014

➢ La kinésithérapie n’est pas indiquée dans le traitement de la bronchiolite aigue.

- Qualité d'évidence : B ;
- Force de recommandation : Recommandation modérée.

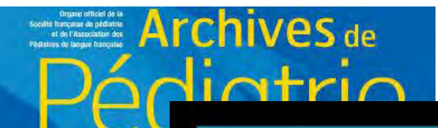


Pe[redacted]

KINÉSITHÉRAPIE

Efficacité de la kinésithérapie respiratoire chez les nourrissons hospitalisés pour bronchiolite aiguë: (étude multicentrique randomisée contrôlée)

Il n'a pas été mis en évidence d'effet de la kinésithérapie respiratoire utilisant la technique de l'augmentation du flux expiratoire associé à la toux provoquée sur le délai de guérison des nourrissons hospitalisés pour une première bronchiolite aiguë.





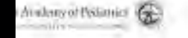
En somme...

- Les β2 mimétiques
- Les corticoïdes
- La kinésithérapie

Ne sont pas indiqués dans la prise en charge de la bronchiolite aigue























En somme...

- Aucune utilité à surveiller une bronchiolite aigue sans signes de gravité par l' **oxymétrie de pouls continue**

Prévention

Objectifs:

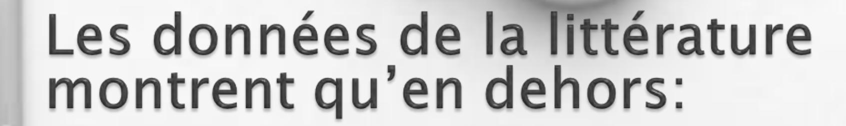
- réduire l'incidence de la bronchiolite du NRS en limitant la transmission du virus.
- reculer l'âge de la primo infe

Modalités:

1-Mesures générales:

- retarder l'accueil des nourrissons en collectivités au-delà de 6 mois.
- suppression du tabagisme passif
- lavage des mains +++
- décontamination des surfaces et objets
- Allaitement maternel

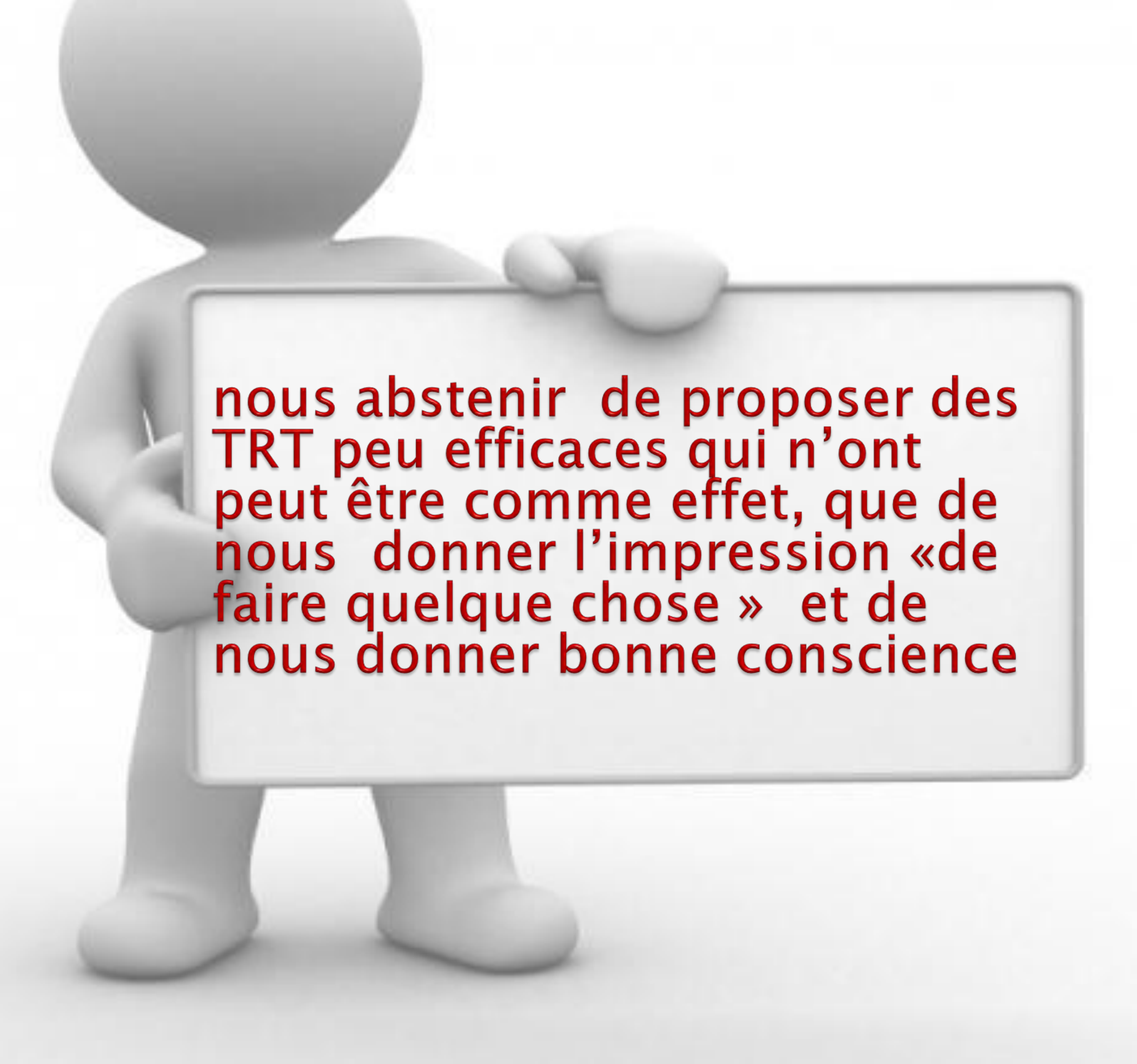




Les données de la littérature montrent qu'en dehors:

- d'une bonne appréciation de la situation (détermination du groupe à risque, dg différentiel)
- de l'aspiration, l'hydratation et l'administration d'O_2

Nous devons donc avoir le courage de


nous abstenir de proposer des
TRT peu efficaces qui n'ont
peut être comme effet, que de
nous donner l'impression «de
faire quelque chose » et de
nous donner bonne conscience